



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KURUM İÇİ HASTA TRANSFER FORMU



Adı Soyadı		Transfer Tarihi ve Saati/...../.....
Dosya No		Ayrıldığı Ünite	
Cinsiyeti		Geldiği Ünite	
Yaşı			
Tanı			Alerji <input type="checkbox"/>

TRANSFER NOTLARI

Diyet	
Transfer Sırasında İnfüze Edilmekte Solüsyonlar	
İnfüzyon Bölgesi (sağ kol, sol kol femoral kateter..)	
Mayi Seviyesi	
Hasta ile Transfer Edilen İlaçlar	
Hasta ile Transfer Edilen Eşya / Protezler (diş, ortopedik protez.....)	

DRENAJ VE TÜPLER





Hemovak Ng Sondası İdrar Kateteri Toraks Tüpü

PANSUMAN

Var Yok

Vücut bakımı yapıldı
(varsa dekübit bakımı, genel vücut temizliği.....)

İZOLASYON ÖNLEMLERİ TANIMLAYICI FİGÜRLER

<input type="checkbox"/>  Düşme Riski Yüksek Hasta	<input type="checkbox"/>  Sarı Yaprak (Solunum İzolasyonu)	<input type="checkbox"/>  Mavi Çiçek (Damlacık İzolasyonu)	<input type="checkbox"/>  Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)	<input type="checkbox"/> İzolasyon Önlemi Gerekmez
---	---	---	--	---

Teslim Eden Hemşire
Adı Soyadı İmza

Hastaya Eşlik Eden Personel
Adı Soyadı İmza

Teslim Alan Hemşire
Adı Soyadı İmza

Not : Bu form 2 nüsha doldurulacaktır.